

V Jornadas de Sociología de la UNLP - I Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales - La Plata, del 10 al 12 de diciembre de 2008

Acceso y Programas de suministro de medicamentos del Minsiterio de Salud de la provincia de Buenos Aires desde los años 90. El caso del ProDIABA

Jimena Orchuela - Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. CIMEC. UNLP

Introducción

En esta ponencia se presentarán los primeros hallazgos de un estudio sobre el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes¹ (ProDIABA), implementado desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, como uno de los programas que ha previsto el suministro gratuito de medicamentos para pacientes con patologías crónicas de tratamiento ambulatorio que concurren para su asistencia al subsector público de salud. El presente trabajo se enmarca en un estudio más general sobre el acceso a los medicamentos y los procesos de provisión de medicamentos que en el subsector público de salud de la provincia se han desarrollado a lo largo de los últimos 15 años².

Comenzaré por el ProDIABA porque es uno de los programas verticales con mayor trayectoria dentro del área de patologías no transmisibles y crónicas del Ministerio. Sus primeros pacientes datan del año 1996 y desde entonces fue un programa de referencia en la propia provincia de Buenos Aires, en otras provincias del país e incluso a nivel nacional. Luego de un breve análisis sobre las principales dimensiones que afectan el acceso a los medicamentos, como ser el propio funcionamiento del mercado farmacéutico y los esquemas de seguridad social, me centraré dentro de este Programa en la selección de los medicamentos que se pretende cubrir, las formas de adquisición (compras públicas, donaciones, producción pública), la distribución de estos productos, y la cuantía y forma de financiación. Es decir, en aquellos aspectos que refieren a

¹ La diabetes se debe a un déficit más o menos severo de insulina, hormona producida por el páncreas. La forma que afecta preferentemente a la población infanto-juvenil (Tipo 1), se origina en una destrucción total autoinmune de las células secretoras de insulina del páncreas y requiere tratamiento insulínico para poder vivir. En la forma que afecta a la población adulta (cada vez más joven) existe una falta de respuesta normal de los tejidos periféricos, y la secreción de insulina puede ser normal, estar disminuida o alterada. En general se controla con dieta, ejercicios y tratamiento con hipoglucemiantes orales, aunque algunos pacientes pueden llegar a requerir insulina.

² En el caso del ProDIABA el período de análisis abarca lo acontecido en las tres últimas gestiones ministeriales ya finalizadas, es decir aquellas que cubren desde 1994 a finales del 2007: Juan José Mussi (1994-2001), Ismael Passaglia (2001-2006) y Claudio Matte (2006-2007), y que corresponden en el primer caso a la segunda gobernación de Eduardo Duhalde y la gobernación de Carlos Ruckauf; y en los casos del segundo y tercer ministro a la gobernación de Felipe Solá.

cómo se prevé la disponibilidad o existencia de estos medicamentos los hospitales y centros de salud; pero no avanzo sobre la utilización real de los mismos, que sería la otra gran dimensión de análisis para abarcar de manera más completa la problemática del acceso.

Se trata de un estudio abierto y exploratorio, de índole cualitativa, que busca comenzar la reflexión, la formulación de hipótesis, y abierto al surgimiento de nuevos ámbitos de indagación. He recogido mediante entrevistas semi-estructuradas las voces de los actores directamente involucrados en el diseño e implementación del Programa, principalmente de los responsables técnicos. Asimismo he realizado una revisión de fuentes secundarias, principalmente estadísticas, presupuestos, documentos ministeriales, normas legales y noticias periodísticas.

El problema del acceso a los medicamentos

Los medicamentos y las vacunas son una parte cada vez más importante de la medicina moderna occidental. Como señala Menéndez (1990), la expansión y hegemonización de la biomedicina se da por medio de una creciente medicalización, una eficacia centrada en los medicamentos, la profesionalización, y el incremento de los costos en salud. No se puede negar que oportunamente seleccionados y utilizados muchos de ellos son productos esenciales para mantener la vida, evitar el sufrimiento y prevenir enfermedades. Con los años, el acceso a los medicamentos esenciales ha quedado incluido expresamente entre los componentes centrales del derecho a la salud. En tanto los medicamentos se ubican en la doble condición de ser un *bien de uso* (en tanto insumo de cuidado y restitución de la salud) y de ser una *mercancía* (producida por uno de los sectores industriales de mayor relevancia económica a nivel mundial), el acceso a los medicamentos envuelve una compleja red de condicionantes y actores (públicos y privados) que, de acuerdo al contexto, desempeñan distintos roles y expresan sus intereses muchas veces contrapuestos.

El acceso a los medicamentos depende, al menos en parte, de la propia dinámica económica en que se desarrolla el mercado farmacéutico y de los esquemas de protección social. Comenzaré por el primer aspecto. El modelo vigente a nivel mundial de investigación, desarrollo y producción de medicamentos y vacunas está basado en empresas privadas que buscan ampliar su beneficio, y que ayudados por una alta especialización según clases terapéuticas, por protección de patentes, por campañas agresivas de marketing, por lealtad a la marca y por una relación

tradicional con los medicamentos –“si es caro debe ser bueno”-, terminan evadiendo la competencia por precios y manteniendo un importante poder de monopolio. Este modelo ha llevado a que las compañías farmacéuticas crezcan en términos de beneficios económicos como ningún otros sector industrial, pero que cada vez sea más difícil satisfacer adecuadamente las necesidades sociales básicas de productos farmacéuticos en términos de salud pública. Por un lado, preocupan los altos precios y los aumentos constantes, y el impacto que ellos tienen en los presupuestos familiares e institucionales. Si bien es un aspecto que incide de forma más dramática en los países pobres, está haciendo tambalear incluso a los sistemas de salud de los países desarrollados. La otra gran barrera en discusión en los últimos años es la falta de investigación o la suspensión de la producción de aquello que no resulta rentable en términos económicos, y que en muchos casos coincide con los problemas de salud prevalentes de los países más pobres (por ejemplo Chagas, tuberculosis, paludismo) (Bisang y Maceira, 1999, Rovira, 2005).

La otra gran dimensión para analizar el tema del acceso es la de los sistemas de protección social. De manera similar a lo que ocurre con los servicios de salud, los condicionantes o barreras del acceso a los medicamentos pueden ser de índole geográfico (distancia al centro de atención y/o dispensación), cultural (por ejemplo, pautas que guían la preferencia por medicinas alternativas), de cobertura (tipo de prestaciones y financiación prevista en los menú de servicios); y/o económicas (costos de transporte, pérdida de ingresos por el seguimiento de un tratamiento, costos del tratamiento). Aquí prestaré mayor atención a las dos últimas dimensiones, puesto que en todo el mundo la dificultad para sustentar los costos totales o parciales de los medicamentos se ha convertido en la principal barrera económica a los cuidados de salud, y en una de las mayores brechas e inequidades entre ricos y pobres. Y en este punto juegan un papel importante las modalidades de financiamiento imperantes en los sistemas de salud, que van desde el pago directo por parte del paciente, el pago compartido (copago o cofinanciación), hasta el suministro gratuito. Dicho de forma muy sintética, mientras que la primera modalidad es la más regresiva, inequitativa y la de mayor potencial de perjuicio³, la última, la provisión pública y gratuita, puede

³ El pago directo es la modalidad más regresiva porque al ser los precios iguales para todos, los hogares pobres gastan de su bolsillo proporcionalmente más que los ricos; es inequitativa en tanto discrimina contra los más pobres y aquellos enfermos que necesitan medicamentos de alto precio; y es la de mayor potencial de perjuicio porque puede llevar a la postergación de tratamientos, al uso de sustitutos inadecuados, y a complicaciones. Puede suceder algo similar con el pago compartido, propio de la seguridad social, si la parte que debe cofinanciar cada persona no es proporcional a sus ingresos sino al precio de los medicamentos que necesita; para contrarrestar este efecto, algunos sistemas prevén niveles de cobertura mayor para medicamentos de alto costo (oncológicos, HIV, sida, etc.) y/o para mujeres embarazadas y recién nacidos.

llegar a ser la forma más efectiva de garantizar el acceso amplio y equitativo a los medicamentos esenciales (Tobar, 2002).

Es importante destacar que las reformas emprendidas durante los años 90 fomentaron la separación de la función de financiación y de prestación/provisión de la asistencia sanitaria. Lo más frecuente en los países más pobres fue que los pacientes tuviesen que pagar directamente de su bolsillo una cantidad sustancial de asistencia sanitaria y de medicamentos, y que la cuestión de la accesibilidad se convirtiera en algo perentorio. A la par que se privatizó el financiamiento, el sector farmacéutico quedó involucrado en los procesos de reforma económica, y se asumió –a modo de dogma- que la desregulación, la flexibilización del registro y de la importación, la introducción de patentes, y la libertad de elección de los consumidores iban a permitir mejoras en la eficiencia macroeconómica, en la eficacia de las prestaciones y en el acceso a bienes y servicios. Por el contrario, esto condujo a un aumento de precios y al ingreso desmedido al mercado de productos innecesarios, por mencionar algunas de sus consecuencias (Tobar, 2002; Bisang y Maceira, 1999)⁴.

Los problemas del acceso a los medicamentos se concentran en los tratamientos ambulatorios, y no tanto en los medicamentos utilizados durante una internación o para enfermedades transmisibles. Los sistemas de salud (ya sean públicos, seguros sociales o privados), por lo general, plantean diferencias en las condiciones de acceso según el carácter hospitalario o ambulatorio en el cual se los prescribe y utiliza. Se supone que los servicios con internación o intrahospitalarios asumen la totalidad de las tareas e insumos que implica la atención médica (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, alimentación, limpieza, descanso, etc.). En cambio, en los servicios ambulatorios, el tratamiento no es integral, una etapa es la de diagnóstico y prescripción, y en otra etapa se hace efectivo (o no) el suministro, cada una con actores responsables y fuentes de financiación diferentes (Tobar, 2002).

Las alternativas para resguardar o mejorar el acceso de la población a los medicamentos pueden dividirse en dos grandes grupos. Por un lado, aquellas de índole reguladora, como ser: controles

⁴ Es importante destacar que los procesos de reforma en los países desarrollados tomaron otra dirección y los problemas que enfrentan son de otra índole. En primer lugar, el Estado conservó el control financiero (basado en presupuestos gubernamentales y planes de seguro médico obligatorio), y la preocupación suele ser la contención de los costos (Bennet et al., 1997). A su vez, los gobiernos de los países desarrollados intensificaron su rol de control y regulación no sólo en el tema de certificaciones sino de precios (Tobar, 2002; Bisang y Maceira, 1999).

directos de precios, precios de referencia, reducción de carga impositiva, disminución de aranceles a la importación, promoción de genéricos, listados de medicamentos esenciales, utilización de poder de demanda a nivel institución, país, región para mejores negociaciones de precios, licencias obligatorias de patentes, pools de patentes, etc. Por el otro, tenemos las acciones de provisión pública y gratuita que, como ya dije, puede llegar a ser una de las formas más efectivas de garantizar el acceso amplio y equitativo a los medicamentos esenciales. Obviamente, no son medidas excluyentes sino que pueden – y deben – plantearse en conjunto.

La implementación de la provisión gratuita dentro del sistema público exige planificación y control; mecanismos transparentes de negociación entre el sistema de salud y los laboratorios e intermediarios que comercializan los medicamentos; listas de medicamentos esenciales para garantizar adquisiciones con criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y costo; protocolos de prescripción y tratamiento para promover el uso adecuado y evitar abusos; fuentes de suministro confiables que cumplan con los plazos estipulados y aseguren calidad; y un financiamiento sostenible, regular y de cuantía.

El acceso a los medicamentos en Argentina, y en la Provincia de Buenos Aires

Siguiendo el orden planteado anteriormente de los condicionantes para el acceso a los medicamentos, comenzaré por describir, de manera muy general, el mercado y la industria farmacéutica en Argentina. Un rasgo particular de este sector en Argentina es la fuerte presencia de empresas nacionales⁵, situación que no se presenta en ninguno de los otros países de América Latina con importante desarrollo del sector, como son Brasil y México.). Otro rasgo importante es que más de 80% de los laboratorios y plantas farmoquímicas se ubican entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires. Las empresas nacionales (al igual que las trasnacionales) han mantenido históricamente precios altos, y en parte esto se debe a que en Argentina (como en Brasil y México), a las características generales de un sector farmacéutico globalizado, se suman aspectos relativos a dependencia tecnológica y económica, oligopolización, concentración e internacionalización. Las políticas des (re) reguladoras de los años 90 aplicadas al sector farmacéutico y el ingreso a la convertibilidad, como comentamos, profundizaron estos rasgos y permitieron un fuerte incremento de precios por encima del índice

⁵ Por ejemplo, en 1996 la industria farmacéutica de capitales nacionales aportaban “alrededor del 55% de las unidades físicas comercializadas, y el 57/59% de los valores de la facturación anual” (Aspiazu, 1999:190).

general de precios⁶. Este aumento de precios tuvo como resultado un incremento en la facturación de los laboratorios a la par que una disminución del número de unidades vendidas, y por lo tanto una caída en términos del consumo medio por habitante⁷. En 1996 se producen algunos cambios de tendencias, y comienza un período de ininterrumpido crecimiento de la participación de los laboratorios extranjeros en el mercado local y una mayor participación en las importaciones de bienes finales (Aspiazu, 1999). Con la devaluación del 2001, y la fuerte crisis económica y social, los laboratorios comenzaron a incrementar sus precios por encima del incremento de los costos, llegando en algunos casos a aumentos del 130%⁸. El número de unidades vendidas, que venía en una nueva ola de descenso desde 1999, tuvo un piso en el 2002 (que fue cercano al 55% de unidades vendidas en 1997)⁹. Pasada la coyuntura de la crisis, la actividad del sector comenzó a mejorar a la par que lo hacían los indicadores macroeconómicos, y la industria nacional logró fortalecer nuevamente su presencia en el mercado local, e incluso mejoró su perfil exportador.

La segunda gran dimensión de análisis es la de los esquemas de seguridad social y su relación con el acceso a servicios de salud y medicamentos. Los subsistemas de seguro de salud (social y privado) cubren a un porcentaje significativo de población del país pero decreciente a los largo de los años. Según el Censo de 1991, un 36,9% de la población del país no tenía cobertura médica por fuera del hospital público; 10 años después este porcentaje llegó al 48,1%. Aquellos con seguro de salud (en particular las obras sociales) han tenido garantizado un cierto acceso a los medicamentos a partir de una co-financiación institucional (que tiene por lo general un piso del 40% para los medicamentos ambulatorios). Desde mediados de los años noventa, a medida que crece la desocupación y el empleo informal, y se deteriora la situación económica general, las barreras al acceso se acrecientan tanto por la pérdida de los seguros de salud como porque los copagos se convierten en montos significativos para el nivel de ingresos.

La Encuesta de Desarrollo Social implementada por el SIEMPRO y el INDEC en 1997, evidencia que el 84% de la población argentina bajo la línea de pobreza tenía acceso a los servicios

⁶ Durante el período 1991-2001, los medicamentos se encarecieron un 130% mientras los precios al consumidor acumularon un crecimiento de 46% (González García, 2005).

⁷ Entre 1991 y 1995 el mercado se contrajo en términos de unidades vendidas: pasó de 466 a 406 millones de envases (Aspiazu, 1999).

⁸ Si bien el 97% del consumo corresponde a fabricación nacional, los insumos y parte de la tecnología se importan, por lo que una devaluación repercute directamente en el costo de producción. Sin embargo, la incidencia de los principios activos en la formación del precio de los medicamentos se sitúa en un promedio del 6% de los costos totales, por lo cual vía insumos importados –y con un dólar a 3 pesos– el aumento del costo no podía ser más que un 32% (Tobar, 2002).

⁹ En 1997 se habían vendido en el mercado local 413 millones de envases, 388 millones en 1999 y en 2002 sólo se vendieron 227 millones. En el año 2005, con 405 millones, se estaba en los niveles de 1995 (CILFA, 2006).

públicos de salud, y que si le prescribían medicamentos, en el 45% de los casos lo hacían con recursos propios (citada en Tobar, 2002). Para el segundo semestre de 2005, la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC revela que el 75,8% de la población pobre no tenía cobertura formal de salud y que debía recurrir al sistema público. Los servicios públicos, que la reforma sectorial de los años 90 terminó de trasladar a la dependencia provincial y municipal, focalizan el suministro de medicamentos ambulatorios sobre los más pobres, y no garantizan el acceso a todos sus usuarios. Por lo tanto, aún cuando la mayoría de los pobres tienen acceso a los servicios de atención del sistema público de salud, no así a los medicamentos.

La financiación de los medicamentos en Argentina es sumamente regresiva. Según un estudio de gasto en medicamentos desarrollado por el Programa de Investigaciones Aplicada de ISALUD en 2001 (citado en Tobar, 2002), sobre un gasto total en medicamentos de unos 6.000 millones de dólares, aproximadamente el 70% es financiado por los hogares, y el 30% restante corresponde a financiamiento institucional (hospitales, clínicas, obras sociales, etc.). A su vez, el 87% del gasto total en medicamentos corresponde a medicamentos de pacientes ambulatorios y sólo el 13% es gasto en internación. El 80% del gasto ambulatorio es efectuado por los hogares y el 20% restante por las instituciones (Tobar, 2002). Esto significa que las familias soportan un gran porcentaje del gasto total en medicamentos, y sobre todo para el tratamiento de patologías ambulatorias.

Dos encuestas permiten comparar el gasto de los hogares en medicamentos según ingresos en dos momentos. Según la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1996/1997 realizada por el INDEC, el quintil de menores ingresos dedicaba el 8% de su ingreso total o el 80% de su gasto en salud a medicamentos, frente al 3% y 30% respectivamente para el quintil de mayores ingresos (citado en Tobar, 2002). Para el año 2003, los datos de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, del Ministerio de Salud, muestran que la situación del primer quintil se había deteriorado aun más: el primer quintil destinaba el 11,3% de su ingreso total, en comparación con el quinto quintil que destinaba sólo el 3,3% (citado en Maceira et al., 2005).

Durante los años 90, el poder de decisión del Ministerio de Salud de la Nación quedó sumamente acotado, y a éste sólo le cabía la intervención a través de la regulación (habilitación, certificación y reglas generales), el desarrollo de actividades específicas (aplicación de algunos programas

desde nivel central) y la transferencia de recursos (que deberían contrarrestar las diferencias en los niveles de desarrollo y capacidades financieras de las provincias) (Gogna, 2004). En este marco, y en el área específica de los medicamentos, una de las pocas medidas a destacar del Ministerio fue la creación en 1992 de la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). El resto de las medidas que se tomaron relacionadas con los medicamentos siguieron las pautas de des-regulación de los mercados establecidas por el Ministerio de Economía. Sin embargo, luego de la crisis, habiendo asumido nuevas autoridades al Ministerio de Salud y siguiendo una tendencia internacional, se busca recuperar la función rectora del Ministerio. Mediante la firma del Acuerdo Federal de Salud (San Nicolás, marzo 2003), se ubica al medicamento como primer eje estratégico de la política sanitaria; se lo valoriza como un bien esencial para la sociedad y una herramienta terapéutica insustituible, que debe ser accesible a los sectores de mayor vulnerabilidad. En este marco se comenzaron a ensayar en el país una serie de alternativas de políticas: provisión gratuita de medicamentos para tratamiento ambulatorio de patologías prevalentes en Centros de Atención Primaria de la Salud (Programa Remediar), financiación selectiva (PMOE) y Ley de promoción de la prescripción por denominación común internacional (DCI).

La provincia de Buenos Aires

En tanto las provincias cuentan con autonomía respecto de las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, la Constitución de la Provincia de Buenos Aires en el Artículo 36 (inciso 8) reconoce entre los derechos sociales de sus ciudadanos el de la salud, agregando que el medicamento en su condición de bien social integra ese derecho¹⁰.

Al igual que lo que sucede a nivel nacional, ha ido creciendo el porcentaje de población de la provincia de Buenos Aires que no tiene cobertura de salud más allá de la que brinda el subsector público: según datos del Censo de 1991 este porcentaje era 38,5% y para el Censo de 2001 había

¹⁰ De manera similar a otras provincias que contemplan en sus textos constituciones desde mediados de los años 80 a los medicamentos como bien social básico (como ser La Rioja, Río Negro, San Juan y San Luis), la Constitución de la Provincia de Buenos Aires (según reforma de 1994) dice en su Artículo 36 “La Provincia promoverá la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales. A tal fin reconoce los siguientes derechos sociales: (...) 8 - A la Salud. La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud (...). El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud”. A su vez, la legislatura provincial cubrió diversos aspectos del derecho a la salud, que en el ámbito particular de los medicamentos incluye una serie de leyes: Ley N° 11.405/93 de Medicamentos (modificada por Ley N° 12.895/02), Ley N° 10.606/93 de Farmacia, Ley N° 10.744/88 del nombre genérico de los medicamentos; y la Ley N° 10.851/89 de la actividad del agente de propaganda médica, por mencionar algunas de las más importantes. Son leyes reguladoras en varios aspectos de la cadena de producción, prescripción y suministro de medicamentos, pero mencionan en reiteradas oportunidades el acceso como uno de sus objetivos.

llegado al 48,8% (52% en el Conurbano). Según los datos de la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC para el primer semestre de 2005, el 50,5% de la población del Conurbano, donde vivían 9,6 millones de personas, carecían de obra social o cobertura médica privada (es decir, una proporción ligeramente inferior a la del 2001) y debían recurrir al subsector público. La organización de este subsector en la provincia de Buenos Aires tiene algunos rasgos particulares, que lo diferencian de otras provincias, como por ejemplo, que tiene la mayor cantidad de establecimientos públicos y que es muy alto el porcentaje de hospitales públicos dependientes de los gobiernos municipales (según datos relevados en 1995, estos establecimientos representaban casi el 75% de los establecimientos públicos con internación) (Repetto, 2001).

El proceso de reforma sectorial de la década de los 90 reforzó la importancia de los Ministerios o Secretarías de Salud provinciales sobre las decisiones de gasto y el diseño de estrategias para la prestación de servicios de salud. Los municipios, que en general quedan con un rol residual en la administración de los servicios de salud, con diferencias entre jurisdicciones cobran importancia como financiadores y administradores de los hospitales públicos (Repetto, 2001)¹¹.

El ProDIABA como programa de provisión pública de medicamentos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Como dije, la provisión de medicamentos dentro del sistema público de atención como forma de resguardar o mejorar el acceso exige decisiones en torno a la selección de los medicamentos que se pretende cubrir, a las formas de adquisición (compras públicas, donaciones, producción pública), a la distribución de estos productos, y a la cuantía y forma de financiación. Esto al menos para garantizar su existencia en los servicios de salud. Luego, habría que analizar la utilización real de los mismos para abarcar de manera más completa la problemática del acceso, y allí deberíamos avanzar en el análisis de la prescripción, dispensación y utilización por parte del paciente. Aquí abordaré sólo aquellos aspectos relacionados con cómo garantizar su disponibilidad o existencia en los servicios para que puedan ser entregados a los pacientes. Para ello describiré lo sucedido en uno de los Programas verticales del Ministerio de Salud de la Provincia, el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes (ProDIABA).

¹¹ En su rol de financiamiento, el nivel central-nacional contribuyó entre el año 1993 y el 2000 en aproximadamente el 40% del gasto del sector público provincial en salud, en tanto que las provincias aportaron el otro 60% (Gogna, 2004).

ProDIABA es uno de los primeros programas especiales destinados a patologías crónicas, de alta prevalencia y tratamiento ambulatorio. Surge en el ámbito de la Dirección Provincial de Patologías Prevalentes (DPPP, de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud), y registra pacientes desde 1996. Hasta ese momento los pacientes sin cobertura que necesitaban un recurso tan vital como la insulina tenían que acudir al Consejo del Menor y la Familia o al Rotary Club.

- El primero de una serie de Programas

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través de Programas verticales, hospitales y CAPs, había privilegiado históricamente la provisión de medicamentos para enfermos internados, para patologías especialmente protegidas (TBC, HIV/sida y antineoplásicos), y vacunas. Si bien se trabajaba en el área de patologías prevalentes de tratamiento ambulatorio, como comenta un responsable técnico del área, se lo hacía:

“(...) desde la capacitación de recursos humanos en las regiones sanitarias, actualización en el tema, estudios epidemiológicos de egresos hospitalarios, pero siempre rondaba el fantasma de que no podía existir ninguna acción para trabajar en crónicas si los pacientes crónicos no tenían mínimamente resuelto su tratamiento ambulatorio. Y entonces muchos se internaban por descompensaciones agudas por falta de tratamiento (...) [por ejemplo] la gente los últimos días del mes comenzaba a aplicarse menos insulina para que le alcanzara el frasquito, con lo cual entraban en las guardias, los atendían y los internaban por acidosis diabética.” (Entrevista a ex técnico de la DPPP, Ministerio de Salud, 1996-2005).

De manera paulatina, a partir de mediados de los 90, se fue incorporando el tratamiento ambulatorio de patologías crónicas y agudas (de distinta prevalencia) a través de Programas diseñados a partir de alguna situación específica de salud y/o grupo vulnerable. Surgen así una serie de Programas en las distintas Direcciones Provinciales de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud. El Programa para la diabetes (ProDIABA), el de Prevención de Cáncer genito mamario y el de Prevención de Hipertensión fueron los primeros en la Dirección Provincial de Patologías Prevalentes (DPPP); pero sólo el de diabetes contempló la entrega gratuita de una serie de medicamentos para su tratamiento ambulatorio. Luego, con la crisis del 2001, las dificultades para el acceso a los medicamentos se agravan y queda expresado en los recursos de amparo:

“Cuando surge la gran crisis se recibían recursos de amparo... llovían!!! Y ranqueaban dentro de las solicitudes hipertensión, epilepsia (...) entonces con eso se decidió hacer programas de crónicos como el ProDIABA (...) para entregar medicamentos antes de que le llovieran los amparos, porque con el amparo vos tenés que salir a comprar en 48 hs. al precio de una farmacia” y sin posibilidad de auditoria

previa de la prescripción indicada por vía legal. (Entrevista a ex técnico de DPPP, Ministerio de Salud, 1996-2005).

Así fue que a fines de 2004 se crea el de epilepsia (ProEPI), y un año después el de asma infantil (ProBAS), y el de hipertensión arterial comienza a entregar medicación. Dentro del Programa Materno-Infantil se implementa desde el año 2002 el Programa para Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB), y en el 2003 el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. En la Dirección Provincial de Hospitales (Dirección de Salud Mental) se crea el Programa de Afecciones Psiquiátricas. Todos ellos incluían entre sus acciones la entrega gratuita de una serie de medicamentos. También intentando dar respuesta a los recursos de amparo, durante el año 2003 se implementa un Programa de Provisión de Medicamentos para Patologías Crónicas pero bajo dependencia de la Subsecretaría de Control Sanitario. Este programa –que merecería un estudio particular- atiende patologías de lo más variadas; algunas de baja prevalencia que no estaban cubiertas por los otros programas, pero otras ya estaba prevista en los Programas de la otra Subsecretaría e incluso del Programa Remediar implementado desde Nación.

- Surgimiento del ProDIABA

El Ministerio implementó el ProDIABA a partir de los diagnósticos epidemiológicos sobre la diabetes que se habían realizado desde la Universidad y desde la misma DPPP, y la sanción de una Ley provincial¹² en 1995 que especifica la protección de los derechos de las personas afectadas por diabetes y prevé el suministro gratuito de insulina e hipoglucemiantes orales a los pacientes sin cobertura en salud. Según relata uno de los entrevistados:

“Había una ley en la Cámara de Diputados que nunca la terminaban de sacar. Mirá vos qué paradoja que tuviera que existir una ley para otorgar medicamentos. Pero fundamentalmente era para la insulina. Se presentó a través de un diputado justicialista y cuando entra a la comisión los diputados radicales pidieron que no solamente fuera, obviamente siempre queriendo manejar también los presupuestos, no?, que no fuera solamente la insulina sino los comprimidos.” (Entrevista a ex técnico de la DPPA, Ministerio de Salud, 1996-2005).

Los estudios realizados previamente a la implementación del Programa ya habían estimado que la prevalencia de diabetes en Argentina es del 5-7% en el rango de edad de 20 a 74 años. Como sucede en la mayoría de los países, alrededor del 50% de los argentinos con diabetes desconocen su enfermedad y, por ende, no hacen tratamiento. Del otro 50% que sí está diagnosticado: a) más de la mitad llega a un diagnóstico de manera casual a consecuencia de manifestaciones clínicas

¹² Se trata de la Ley N° 11.620 de 1995 (“De los derechos de los pacientes con diabetes”), se reglamentó recién en 1998 por medio de Decreto N° 5011/98.

de alguna complicación crónica, b) entre un 20 y 30% no hacen tratamiento, y c) del porcentaje que hace tratamiento más de la mitad (68%) tiene un pobre control metabólico. Por lo tanto, concluyen estos estudios, alrededor de dos tercios de la población con diabetes tiene o está en riesgo de desarrollar complicaciones que pueden llegar a ser muy discapacitantes, costosas e incluso mortales. En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires se había identificado a la diabetes como 6º causa de muerte entre la población de la provincia, 1º causa de ceguera en la adultez, 2º diagnóstico etiológico de hemodiálisis, causa de casi la mitad de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y concausa en el 15% de la población de infartados (Domenech, 2004, Gagliardino et al., 2000).

La elaboración y el control de la implementación del ProDIABA estuvo a cargo –al menos los primeros años- del Centro de Endocrinología Experimental y Aplicada (CENEXA - Universidad Nacional de La Plata/CONICET), y su gestión desde nivel central pasó por las manos de sólo dos responsables (uno de ellos desde el inicio del programa hasta principios de 2006, y el otro durante los años 2006 y 2007). Como sucede con casi todos los Programas verticales del Ministerio, y con la atención en general del subsector público, ProDIABA está expresamente focalizado a personas con un tiempo de residencia mínimo en la provincia, sin cobertura de salud (directa o por medio de familiar) y sin ingresos que permitan sustentar el tratamiento. Se implementa en los centros estatales provinciales y municipales (hospitales y CAPS) y busca articular la asistencia entre los distintos niveles de complejidad. Con respecto al suministro de medicamentos se comenzó por la provisión de insulina, y en una segunda etapa se incorporaron los hipoglucemiantes orales (glibenclamida y metformina). Todos estos medicamentos están incluidos en el Formulario Terapéutico de la Provincia¹³ como parte del listado básico. El Programa tiene además sus protocolos de tratamiento. Trabaja sobre población nominalizada. Al comienzo hubo una inscripción dominante y sostenida de diabéticos Tipo I y II en tratamiento insulínico y lenta de diabéticos en tratamiento oral (Tipo II). Luego, la población en constante aumento fue la Tipo II (no insulino dependientes) que requiere insulina para controlar su enfermedad. La inscripción de los Tipo I (insulino dependientes) viene decreciendo

¹³ Hospitales públicos y Programas especiales, al igual que la obra social de estatales IOMA, deberían regirse por el Formulario Terapéutico de la Provincia de Buenos Aires (FTP) para la selección de los medicamentos a ser suministrados en los efectores públicos tanto a nivel ambulatorio como de internación. Este Formulario tiene su basamento en el Listado de Medicamentos Esenciales que promueve la OMS desde fines de los años 70. El FTP adquirió estatuto legal cuando la Provincia dictó su propia Ley de Medicamentos en 1993 (Nº 11.405).

progresivamente por la baja incidencia de la misma. La incorporación de diabéticos que necesitan hipoglucemiantes ha sido lenta por demanda oculta, o insatisfecha y/o por superposición programática (Domenech, 2004).

Tabla 1. Pacientes bajo Programa (Población acumulada)

	2002 ^(a)	2003 ^(b)	2004 ^(c)	2005 ^(d)	2006 ^(e)
DBT Tipo I y II insulinizados	18.437	20.681	20.111	25.056	30.000
DBT Tipo II no insulinizados	48.320	48.253	52.000	53.466	60.000
Total pacientes bajo Programa	66.757	68.934	72.111	78.522	90.000

Referencias:

- Fuente: Dra. María Irene Domenech, “Programa de Prevención de Diabetes de la Provincia de Buenos Aires”, *Boletín PROAPS Remediar* Abril 2004;2(9):16.
- Fuente: Dirección Provincial de Presupuesto (DPP), Provincia de Buenos Aires. “Presupuesto General Ejercicio 2004. Descripción de las Categorías de Programa. Ministerio de Salud. Sede Central”, disponible en: http://www.ec.gba.gov.ar/Presupuesto/Presupuestos/2004/planillas/Politicasy%20Descripciones/DP_111201000.rtf (Meta Programada)
- Fuente: Dirección Provincial de Presupuesto, Provincia de Buenos Aires. “Presupuesto General Ejercicio 2006. Descripción de las Categorías de Programa. Ministerio de Salud. Sede Central”, disponible en: <http://www.ec.gba.gov.ar/Presupuesto/Presupuestos/2006/planillas/Politicasy%20Descripciones/MINISTERIO%20DE%20SALUD.pdf>
- Fuente: Dirección Provincial de Presupuesto, Provincia de Buenos Aires. “Presupuesto General Ejercicio 2006. Descripción de las Categorías de Programa. Ministerio de Salud. Sede Central”, disponible en: <http://www.ec.gba.gov.ar/Presupuesto/Presupuestos/2006/planillas/Politicasy%20Descripciones/MINISTERIO%20DE%20SALUD.pdf> (Meta Programada)
- Fuente: Dirección Provincial de Presupuesto, Provincia de Buenos Aires. “Presupuesto General Ejercicio 2007. Descripción de las Categorías de Programa. Ministerio de Salud. Sede Central”, disponible en: http://www.ec.gba.gov.ar/Presupuesto/Presupuestos/2007/planillas/Politicasy%20Descripciones/PD_111200000.pdf

Observamos en la Tabla 1 que el número de pacientes bajo Programa ha ido en constante aumento a lo largo de los años. Considerando que según el Censo de 2001, el 48% de los bonaerenses no tenían cobertura de salud por obra social o prepaga (unas 6,64 millones de personas), y que se calcula una prevalencia de diabetes promedio del 6%, unas 400.000 personas podrían tener diabetes y no tener cobertura formal de salud en la Provincia, y solo la mitad de ellas la tendría diagnosticada. Si tomamos como población objetivo del Programa las personas que podrían tener diabetes y tener que recurrir al hospital para su diagnóstico y tratamiento, el Programa a lo largo de 10 años de existencia consiguió una cobertura de casi un 25%; en cambio si tomamos como población objetivo aquel 50% que conoce su diagnóstico, la cobertura estaría próxima al 50%.

- Los diversos procesos de adquisición de los medicamentos del ProDIABA

A continuación veremos cómo los tres principales medicamentos del Programa fueron adquiridos a lo largo de los años en distintas modalidades. Las fuentes de abastecimiento fueron

principalmente las compras públicas y la producción estatal, y hubo algún caso excepcional de donación. A su vez, en cuanto al nivel en que los medicamentos han sido adquiridos el Programa ha pasado por etapas de centralización y de descentralización.

Desde sus inicios en 1996 hasta la crisis del 2001, el ProDIABA al igual que los demás programas y hospitales provinciales, respondiendo a la lógica descentralizadora imperante, adquirirían los insumos que necesitaban en procesos de compra separados. Como sucedió con los servicios de salud, se esgrimieron una serie de argumentos para desacreditar la centralización de los procesos de compra: se corría el riesgo de no llegar en tiempo y forma con los suministros que necesitaban los servicios y programas, no se favorecía la selección racional, y que se acrecentaban las dimensiones de la corrupción (Tobar, 2002).

De acuerdo a la Ley de Contabilidad de la Provincia y su Reglamento de Contrataciones, las opciones de compra pública vía mercado son Compras Directas y Licitaciones Públicas (Nacionales e Internacionales). Las Licitaciones Públicas se defienden en detrimento de las Compras Directas, a partir de que las primeras pueden resultar eficientes en términos de obtener los insumos adecuados a costos relativamente bajos cuando los pliegos se diseñan de manera que se logre una mayor participación y disputa de oferentes, y se permita agregar demanda¹⁴. Además, en el diseño de los pliegos se pueden fortalecer la utilización por genérico o DCI y el uso adecuado (Tobar, 2002). Cada compra a través del Ministerio supone elaborar un pliego específico que exige conocimientos definidos, lleva un tiempo considerable, y debe ser autorizado y controlado por distintos organismos provinciales. El proceso completo puede llevar entre 18 y 24 meses, lo cual requiere de una importante capacidad de planificación.

Al asumir como Ministro de Salud en enero de 2002, el Dr. Ismael Passaglia expresó su preferencia por las políticas de descentralización:

“La idea es que los directores de hospitales tengan mayor poder de decisión, porque esto asegura eficiencia, nadie mejor que la gente del mismo lugar que conoce el problema para dar las mejores soluciones. Aparte, este sistema -la autogestión- brinda mayor transparencia porque cuando los actos administrativos se hacen más cerca de la gente se puede realizar de manera más fácil el control. Hay que desburocratizar el sistema, hacer menos expedientes. (...) La tendencia es que los directores de hospitales

¹⁴ Se busca la competencia por precios y no por calidad, puesto que las especificaciones técnicas en los pliegos deberían detallar con precisión los requisitos a ser cumplidos por los oferentes para poder participar del proceso de compra.

terminen manejando el personal y el dinero.” (Passaglia: “El país está pobre, la Provincia está pobre y vamos a tener una salud pobre”, 21/01/2002 - Diario HOY).

El inicio de esta gestión se da en medio de una crítica coyuntura, que se sumó a las dificultades estructurales del sistema público de salud. Aumentó aún más la demanda de atención en los hospitales bonaerenses, se agudizó la crisis financiera del sector público, los precios de los insumos de la salud aumentaron al compás de la incertidumbre sobre el valor futuro del dólar y de los plazos de pago de la administración provincial (que ya venían siendo de dos a seis meses, e incluso de un año), y las licitaciones terminaban desiertas. A pesar de las expresiones del nuevo Ministro al asumir su cargo, las evaluaciones que se hacían desde las Comisiones de trabajo de la Concertación o Pacto en Salud, llevaron a que el camino elegido para afrontar la coyuntura fuese la centralización de las adquisiciones de bienes y servicios buscando fomentar la competencia y la capacidad de negociación.

Esta decisión estuvo en consonancia con la corriente a favor de las compras centralizadas que devino a principios del nuevo siglo, y que también se ejecutaría desde el Ministerio de Salud de la Nación para el Programa Remediar. Se argumentaba a su favor la posibilidad de cubrir un mayor número de jurisdicciones y/o programas, y extensos períodos de operación, consolidando economías de escala que favorecerían mejores negociaciones. Por otro lado, facilitarían la construcción de un sistema de información y control de gestión; permitirían consolidar información respecto a cuáles son las necesidades de insumos, cuáles son efectivamente adquiridos y provistos y a qué precios. A la par se reavivaron los argumentos críticos hacia las compras en forma descentralizada: la desagregación de las economías de escala y la disolución del poder de compra por parte del Estado puede generar sobregasto e inequidad; las cantidades, calidades y precios adquiridos pueden resultar muy disímiles entre cada área, hospital o programa; el Estado pierde la oportunidad de regular los precios vía su poder de compra; las corruptelas no serán a nivel central sino en varios niveles; los proveedores únicos; el fomento de la participación de los intermediarios como proveedores del Ministerio, en lugar de las empresas productoras (Tobar, 2002).

La centralización de las compras en el Ministerio de Salud provincial fue en dos etapas. Una muy breve, después de la crisis de diciembre del 2001, cuando el Departamento Contrataciones,

Compras y Suministros pasó a ocuparse de las compras de los insumos comunes a todos los hospitales¹⁵. Nuevas herramientas legales¹⁶ le permitieron al Ministerio rescindir y renegociar contratos vigentes, y acelerar los procesos de contrataciones al dejar que los organismos de control y asesoramiento solo intervinieran cuando la operación había finalizado. Además se recurrió a la importación directa de algunos productos no fabricados en el país. La segunda etapa se inició a fines de 2002, cuando el Ministerio canalizó a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo UNDP ARG 00/045¹⁷ la compra de los insumos que tenían más peso sobre el total de compras y eran, a la vez, comunes a los hospitales y programas¹⁸. Se compraron medicamentos, insumos radiológicos, productos de cirugía cardiovascular, equipamiento hospitalario, reactivos, y material descartable. La gestión de las compras se realizó según las normas y procedimientos de adquisiciones y de auditoría del UNDP¹⁹. Por otro lado, en virtud de normativas nacionales, las compras por proyectos UNDP están exentas de IVA y de pago de derechos aduaneros. Los aspectos de este sistema de intermediación destacado desde el Ministerio han sido: las economías de escala obtenidas a través de la concentración del volumen de compras, la desintermediación de las adquisiciones (los productores cotizaban directamente y se eliminaron los márgenes de comercialización de los intermediarios), la diversificación de proveedores, la rapidez del proceso de compra (como máximo tres meses), y la seguridad en el cumplimiento de los pagos (sólo se compra cuando está el dinero depositado y se paga dentro de los 15 días). Si bien el manual de Gestión del UNDP establece el carácter internacional de todas las licitaciones públicas, las firmas nacionales a poco más de un año de instaurado el proyecto, lograron adjudicarse en las licitaciones más del 95% de los renglones (Ministerio de Salud / UNDP, 2005).

De manera imprevista para los responsables de programas y hospitales, el UNDP finalizó a fines de 2005, y ellos tuvieron que volver de manera repentina a organizar las compras. Si eran

¹⁵ Las compras de medicamentos vía este Departamento, que habían representado el 5,4% del total en 2001, crecieron al 50,5% en 2002 (Ministerio de Salud / UNDP, 2005).

¹⁶ Se trata de la Ley de Emergencia N° 12.727 y el Decreto N° 2.025, ambas de julio de 2001.

¹⁷ El UNDP ARG 00/045 ("Apoyo a la Ejecución del Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires") tiene como marco normativo más general un acuerdo nacional cuyas disposiciones, por originarse en un tratado internacional, poseen jerarquía superior a las leyes (Artículo 75 de Constitución Nacional).

¹⁸ El proyecto mantiene un elemento de descentralización, que se llama "Compras hospitalarias autogestionadas". Estas compras responden a la demanda de algunos insumos específicos que se requieren en pequeñas cantidades y para solucionar eventuales faltantes de stock. Se basaban en un cupo de gasto trimestral asignado a cada hospital. En el 2005, sobre un total de adquisiciones a cargo del Programa de \$224,7 millones, el monto por este concepto fue \$ 67,4 millones (Ministerio de Salud / UNDP, 2005).

¹⁹ El proyecto utilizaba tres procedimientos de compra: la Licitación Pública Internacional (compras de u\$s 100.000 o más); la Compulsión de Precios (entre u\$s 99.999 y u\$s 2.500); y para sumas inferiores el Pedido de Precios.

licitaciones anuales, nuevamente regidas por la Ley de Contabilidad de la Provincia, podían llevar entre 18 y 24 meses, aunque como parte del proceso de “aprendizaje” se incorporaron modificaciones en la confección de los pliegos²⁰ que debía otorgar mayor celeridad.

Como ya comentamos, el primer medicamento que suministró el ProDIABA fue la insulina, cuya adquisición fue exclusivamente a través de compras públicas a cargo de la Provincia hasta el año 2004. Por los montos que implicaba la provisión de insulina, la Ley de Contabilidad solo permitía que se la adquiriese por licitación pública anual. Cuando el UNDP se hizo cargo de la compra de este medicamento, las licitaciones pasaron a ser trimestrales. En el caso de la insulina, según han informado las fuentes consultadas del Programa, los proveedores siempre fueron los laboratorios (y no los intermediarios).

El mercado de la insulina está muy concentrado y diferenciado por producto (bovina, porcina, humana / rápida, ultra rápida /lenta, ultra lenta, etc.), por lo tanto la competencia por precios es bastante reducida. Cuando a mediados de los 80 la multinacional Eli Lilly decide levantar su planta productora de insulina bovina del país²¹, los Laboratorios Beta (de capital nacional) iniciaron la producción local de insulina bovina y porcina, y pocos años después la de insulina humana. Para el período 2002-2003, según la distribución de ventas, Laboratorios Beta SA lidera el mercado de insulinas con un 40%, y le seguían Novo Nordisk (26%) y Eli Lilly (24%) que importaban las insulinas que aquí comercializaban (Bramuglia y Godio, 2005). Siguiendo en parte este proceso de introducción de distintos productos y productores al mercado de las insulinas, aunque con cierto desfase en los años, el ProDIABA comenzó comprando mayoritariamente insulina de origen bovino (que era la más económica), y después se pasó a la porcina. Como vimos, el único laboratorio que proveía la insulina porcina en la década de los noventa era Beta, los internacionales solo ofertaban humana. La humana se compró desde el principio, pero en menor proporción. Recién a partir del 2002 (luego de una licitación de insulina porcina que quedó desierta) se pasó a comprar insulina humana para todos los pacientes del

²⁰ Por Decreto N° 1676/05 la Provincia aprobó un “Pliego Único para la Contratación de Bienes y Servicios” y “Pliegos Tipo para la Adquisición Individual y Unificada de Bienes e Insumos”.

²¹ Lo hace para radicar una planta en Estados Unidos y comenzar a producir insulina ADN recombinante (que había aparecido en el mercado por esos años) Para más detalles sobre esta etapa se recomienda: Bisang R, Cogliati C, Groissman S y Katz J (1986), Insulina y Economía Política: el difícil arte de la Política Pública. *Desarrollo Económico* n° 103. La conveniencia del uso de insulina humana en lugar de las de origen animal estuvo sumergida en una gran controversia. En términos muy generales, se podría decir que alegando que ambas insulinas animales producen – aunque en distinta medida- resistencia inmunológica en una pequeña fracción de los diabéticos, se priorizó el uso de la humana, aunque desde el punto de vista clínico han mostrado un comportamiento similar. La insulina humana, como todo producto nuevo, salió al mercado con precios más elevados que las de origen animal (y luego fue descendiendo).

Programa. De ahí en más, Novo Nordisk y Lilly pasaron a ser los oferentes y proveedores del ProDIABA en este rubro, es decir se pasó a depender de las importaciones.

Según datos suministrados por los entrevistados, entre el año 1997 y el 2001 fue descendiendo el precio de la insulina humana comprada a través de las licitaciones del Programa, pasando de casi 10 pesos a 4,7 pesos. Después de la crisis cambiaria, los valores que comenzaron a cotizar los oferentes mostraban una fuerte inflación en dólares (ver Tabla 2), y de hecho cuando el UNDP se hace cargo de la compra de este producto, se paga el precio más elevado de la serie mayo 2002 – septiembre 2005, pero con las sucesivas compras trimestrales logra hacer descender los precios.

Tabla 2: Precios de insulina humana (c/IVA) adquiridas para el ProDIABA (2002-2005)

Fecha	NPH (\$)	Corriente (\$)	Forma de compra
Mayo 2002	5,69	5,69	LP
Agosto 2002	11,90	13,80	LP
Agosto 2003	19,90	24,90	LP
Enero 2004	29,65	33,88 (*)	UNDP
Junio 2004	21,58	23,73	UNDP
Marzo 2005	14,54	14,54	UNDP
Septiembre 2005	17,41 (**)	17,41 (**)	UNDP

Referencias:

** No se compró por el precio ofertado.*

*** Sin IVA (en realidad a todo lo que es compra por UNDP habría que restarle el IVA, o sea el 21%)*

En el 2006, con la nueva gestión tanto en el Ministerio como en el Programa, se incluyeron insulinas “especiales” (como la ultra lenta o las lapiceras para aplicar la insulina a los chicos), que se pedían por amparos judiciales. Los precios obtenidos en las licitaciones siguieron la tendencia a la baja que dejó el UNDP, y se pagó 14 pesos (cuando su venta en farmacia era de unos 110 pesos). En esos dos años la posibilidad de comprarle a productores nacionales se usaba a modo de “amenaza” para que bajasen los precios:

“Logramos bajar los precios. Se pagó el frasco 14 pesos (...), amenazando que íbamos a traer la nacional (...) Los laboratorios se asustaron. [Podían llegar a comprar] De un laboratorio nacional, que era una insulina que no se sabía qué rendimiento iba a tener. [Los proveedores de insulina] serán cinco o seis. Igual con nosotros ganaban Lilly, Novo Nordisk o Aventis, de esos tres no salíamos habitualmente.” (Entrevista a ex técnico de la DPPP, Ministerio de Salud, 2006-2007).

Hasta aquí lo sucedido con la adquisición de insulina. Pasemos ahora a los comprimidos de glibenclamida y metformina que se agregaron al Programa a partir de la puesta en marcha entre los años 1996-1997 de una red de Laboratorios estatales de producción de Especialidades

Medicinales (LEMs) dependiente del Ministerio de Salud de la provincia. La producción de comprimidos estaba a cargo del LEM n°2, ubicado en la ciudad de La Plata en el predio del Laboratorio Central de Salud Pública. Con la glibenclamida, según relata un entrevistado:

“Empezamos a estimar la necesidad y empezaron a producir. Primero se stockeo un tiempo, para poder juntar la cantidad para satisfacer los trimestres. Y se trabajó muy bien con la glibenclamida, perfecto. (...) [Aunque reconoce] Han pasado cosas. Si se rompía una máquina o algo, y se atrasaba, siempre en alguna región [sanitaria] faltaba, y entonces [daba la indicación de] «sacá de segunda [región] que le sobra y llevale a la sexta [región]» (...). Y si, todas esas situaciones sucedían.” (Entrevista a ex técnico de la DPPP, Ministerio de Salud, 1996-2006).

La incorporación de la metformina fue con cierto retraso. “Era un déficit del Programa” sostiene el mismo entrevistado, porque era el medicamento con el cual debía iniciarse el tratamiento, pero el programa no lo suministraba. Se intentó producirlo pero las técnicas más complejas de fabricación que requiere este medicamento (vía húmeda) y la capacidad de producción efectiva del LEM n° 2 no permitían generar el stock suficiente para atender de manera regular las necesidades potenciales del Programa.

“Y la infraestructura que estaba montada a ese momento no podía para la cantidad de pacientes que íbamos a tener, que eran como 80.000 diabéticos tipo II. Entonces, ponele, a un comprimido y medio por día, serían como 120.000 comprimidos diarios. Y en línea general, se asocia la metformina a la glibenclamida. Entonces, el número de comprimidos es un infierno. Cuando vos multiplicás, 120.000 por 30, y por tres meses...” (Entrevista a ex técnico de la DPPP, Ministerio de Salud, 1996-2006)

En base a los cálculos propuestos por el entrevistado, el ProDIABA podía llegar a necesitar 3.600.000 comprimidos de metformina por mes, y si le sumamos un número similar para glibenclamida, el total de comprimidos que podía requerir el Programa alcanzaba el promedio de comprimidos blisteados que históricamente ha podido producir el laboratorio por mes. Así lo explica un ex técnico del LEM n°2:

“La producción histórica, hasta el 2001, más o menos, estaba entre 2 y 6 millones mensuales. Y nosotros lo llevamos estos tres meses [previo a diciembre de 2001] a 11-13 millones mensuales, y se hicieron cuellos de botellas bastante importantes. Entonces hubo que parar la producción de productos nuevos (...), terminar de acondicionar lo que se había hecho los dos meses anteriores (....) Entonces dijimos este es el número tope si no se hace ampliación de planta, equipamiento, doble turno de trabajo; o sea, si se cumplían una serie de requisitos se podía duplicar la producción y triplicar también, pero sin esos requisitos es imposible. Pasados los 6 millones, colapsa.” (Entrevista a ex técnico de LEM n° 2, 2000-2006).

Es decir, el laboratorio, en las condiciones en que estaba, tenía que volcar casi la totalidad de su capacidad efectiva de producción a este Programa, cuando su vademécum tenía unas 30 especialidades farmacéuticas, y estaba dirigido a los Centros de Atención Primaria de los

Municipios de la Provincia. Para poder aumentar su capacidad de producción y proveer a programas ministeriales se necesitaban importantes cambios. En el mismo sentido se expresó uno de los ex técnicos del ProDIABA: *“No es que no tuviesen capacidad sino que no oxigenaban la capacidad.”* Los hipoglucemiantes se continuaron produciendo en el laboratorio hasta la llegada del UNDP, en que se decidió adquirirlos por medio de este Proyecto y se suspendieron los pedidos regulares al laboratorio. Uno de los entrevistados le reconoce a este sistema de intermediación de las compras que *“se facilitaban compras trimestrales, que venían muy bien en tiempo y forma, (...) el procedimiento era ágil, regular, no entrabas en baches de déficit, y se compró barato”*, sin embargo, no lo considera el mejor mecanismo para sostener desde el Estado. Cuando terminó el UNDP, y asumió la nueva gestión ministerial, ésta prefirió utilizar la compra como fuente principal de adquisición de los medicamentos (incluidos los hipoglucemiantes). Sólo en caso de faltantes, se le pedía colaboración al laboratorio.

- Distribución y financiamiento:

Uno de los aspectos importantes para resolver en este Programa fue la infraestructura para el almacenamiento y la distribución porque la insulina requiere conservación en frío. Se usaron las heladeras del Programa de Enfermedades Inmunoprevenibles. A su vez, se necesitaban depósitos para stokear los comprimidos. El LEM tenía serios déficit en el área de depósito, las Regiones Sanitarias no tenían (ni tienen) farmacia habilitada, y el programa tampoco. En la reglamentación de la Ley 11.620 (del paciente diabético) y en la Ley de Farmacia dice que en las instancias de depósito y dispensación tiene que intervenir un profesional farmacéutico. En este aspecto, se trabajó por fuera de la ley. La falta de farmacéuticos dentro del Ministerio y de las Regiones Sanitarias es una gran deuda. Además de los deficitarios depósitos de las regiones sanitarias, el Ministerio ha contado con depósitos centrales. Uno muy importante fue el de Melchor Romero, que abastecía a toda la provincia, pero que en 1999 se incendió. Las hipótesis de un vaciamiento previo y robo millonario de medicamentos e insumos quedó registrado en los periódicos locales (*“Fuego y evacuados en un hospital”* y *“La hipótesis del vaciamiento”*, 2/09/1999, Diario Hoy). En enero de 2005, el proyecto UNDP adjudicó por licitación a un único operador logístico la distribución del 90% de los ítems que adquiriría para hospitales y programas. El Ministerio continuó con esta estrategia de distribución una vez que finalizó el UNDP (Ministerio de Salud / UNDP, 2005; Ministerio de Salud, 2007). Es decir, se tercerizó la distribución, que implica no

sólo cuestiones logísticas, de transporte y almacenaje, sino un aspecto delicado como es la información sobre los inventarios y la demanda de los hospitales y programas.

La financiación del ProDIABA fue principalmente en base a recursos presupuestarios provinciales, incluso cuando estuvo el Proyecto UNDP²². Según sostiene uno de los entrevistados, durante muchos años no se supo cuál era el presupuesto asignado al Programa, sino que en la Administración Central del Ministerio se “peleaban” día a día los montos necesarios para cubrir las compras y demás recursos del Programa. Y de hecho, si se consultan los presupuestos y ejecuciones anuales desde 2002 en adelante, recién en el presupuesto de 2007 aparecen montos asignados al Programa de Patología no Transmisibles, que coinciden con lo expresado por los entrevistados como cifras que -aunque insuficientes para todas las tareas que se estimaba cubrir- llegan a una cuantía considerable. Así lo relataba un entrevistado para el año 2007:

“El único presupuesto que tenía asignado [el Programa de Patología no Transmisibles] era el de la insulina, 11 millones de pesos, y no tenía otra. Entonces, nosotros lo que hicimos fue bajar muchísimo los costos, fue record en precio de licitación que se pagó por insulina. (...) Nosotros gastábamos 7 [millones de pesos] en insulina, y 4 [millones de pesos] en el resto del ProDIABA. Tanto epilepsia como asma no tenían presupuesto asignado. Y yo en epilepsia gastaba 7 millones de pesos al año, y para asma necesitaba 2 millones y medio. (...) Imaginate para el resto de las cosas. Promocionales, nada. (...) Lo que pude lograr fue lo siguiente. Para el transcurso del año, yo ya en diciembre pasaba un curso para el año, un curso anual, donde le pasaba horas cátedras a todo el mundo y así ellos tenían todo pago, entonces cero costo. Y encontré un mecanismo administrativo para conseguir plata para todo lo que era alojamiento, traslado de la gente (...). Y después, los otros gastos superfluos, como por ejemplo, alquiler de ropa para la gente (...) [porque] estábamos vestidos todos iguales, algún lunch, esas cosas me lo pagaban los laboratorios.” (Entrevista a ex técnico de la DPPP, Ministerio de Salud, 2006-2007).

Algunas consideraciones finales

En la década de los 90 se generaliza el proceso de ajuste estructural regresivo y de reforma del Estado. A nivel de los gobiernos, las políticas sociales quedaban fuertemente condicionadas por la búsqueda de una reducción del déficit fiscal, colocando a la propia gobernabilidad institucional en situaciones críticas. Así, en una segunda etapa, se necesitó adaptar las políticas para poder amortiguar los costos del ajuste. Se plantea no abandonar totalmente a los grupos sociales más afectados por el ajuste y de los que el sector privado no se hace cargo (el Banco Mundial lo llama “focalización”) (Iriart C et al., 1995). La reforma del sector salud formó parte de ambas etapas.

²² Los fondos que maneja el UNDP en Argentina para este tipo de proyectos de intermediación para la compra de insumos deben ser girados por la agencia estatal que lo utiliza, en este caso el Ministerio de Salud provincial. El UNDP cobra un 3% en concepto de gasto administrativo.

En medio de los procesos de descentralización del subsector público de salud y el traspaso de tareas a niveles provinciales y municipales sin el soporte económico-financiero y -en muchos casos- sin la capacidad de gestión necesarios, como apunta Díaz (1998), es de esperar que las iniciativas de las instancias locales (e incluso provinciales), surjan como conductas reactivas, defensivas, “orientadas a garantizar la gobernabilidad en un contexto intrínsecamente crítico” (pág. 92).

El Programa ProDIABA que estuvimos analizando fue diseñado y puesto en marcha en uno de los momentos críticos del proceso de reformas neoliberales: por un lado, en 1995 se llega a una primera cifra record de desempleo (18,4%) y al otro año la crisis financiera internacional conocida como el “efecto Tequila” plantea la necesidad de alcanzar una nueva reducción del déficit fiscal. El otro gran conjunto de programas con provisión gratuita de medicamentos también surge en un momento crítico como fueron los primeros años del nuevo siglo, con una fuerte devaluación de la moneda y nuevamente tasas máximas de desempleo (21,5% para mayo del 2002). Al ajuste fiscal y reducciones presupuestales de mediados de los 90 y a la agudización de la crisis financiera del sector salud en el 2002, se les suma en ambos casos un marcado deterioro del mercado de trabajo, que da lugar a un proceso de desfinanciamiento de las obras sociales y a la creciente demanda de atención en los servicios estatales. Un número creciente de población con cobertura social pero con trabas a la accesibilidad (pago de coseguros, trámites complejos, disminución de los beneficios), como así también aquella población sin cobertura, busca atención en los servicios de salud estatales, casi en su totalidad bajo dependencia de provincias y municipios.

Aún cuando desde la cosmovisión de la reforma, la intervención del Estado en materia de salud debía darse fundamentalmente desde la fiscalización, la regulación, y la defensa de los derechos de los “clientes”, al campo de la provisión le quedaba reservado un lugar. Y era solo para los problemas de salud que los privados no quieren o no pueden asumir porque no suelen venderse como mercancías o porque los pobres no pueden comprarlos (Laurell AC, 1994). Con la focalización de beneficios y servicios para los sectores más necesitados, se intentaba incluir criterios de equidad en la agenda de reformas (Gogna, 2004). Como ya se comentó, las dificultades económicas para adquirir los medicamentos –sobre todo para las patologías

prevalentes ambulatorias-, se convirtieron en una de las mayores barreras para acceder a los cuidados de salud por parte de los sectores empobrecidos. Los hospitales por mecanismos informales y sin garantía de continuidad (muestras médicas, utilización de medicamentos previstos para pacientes internados, donaciones, etc.), venían suministrando los tratamientos ambulatorios de sus pacientes porque veían en la práctica que esos pacientes de lo contrario volvían con complicaciones que requerían internación o cuidados mayores. Presionado por leyes y/o por recursos de amparos, el Ministerio de Salud provincial finalmente decide intervenir, y mediante Programas verticales por patología formaliza la provisión gratuita de una serie de medicamentos para el tratamiento ambulatorio de pacientes sin cobertura formal de salud, y comienza por la diabetes.

Más allá de dar algún tipo de solución a un problema cuando se les vuelve acuciante, las autoridades sanitarias también instauran este tipo de Programas con el fin de lograr réditos políticos. Todas las modalidades de provisión pública y gratuita de medicamentos pueden convertirse en programas con alto impacto político no sólo por lo que significan para los directos beneficiarios (los pacientes, y futuros electores) sino para las autoridades municipales y de los hospitales que los ven como un “desahogo” en áreas tan sensibles como es la salud.

El esquema de provisión del ProDIABA varía a lo largo de los años. En la primera etapa se contempla la combinación de fuentes de suministro: producción estatal y compra pública se utilizan con similar intensidad. A medida que cambian los contextos, las autoridades ministeriales y las corrientes de ideas e intereses imperantes, la producción estatal se desactiva y las adquisiciones vía compra a productores o intermediarios privados son la opción preferida. En el caso de la insulina, el Programa queda dependiendo de las importaciones que realizan las multinacionales. Con la crisis del 2001-02 se abre la etapa de transición entre los esquemas. En esos años se termina optando por la compra a proveedores privados y se abandona la posibilidad de invertir para mejorar la capacidad de producción estatal que permita ubicarla como una fuente de suministro estable (al menos para cuando el mercado no responde en precio, tiempo y forma). Y además se incorporan proyectos de organismos internacionales que mediante su intermediación buscan “desburocratizar” las compras, por considerarlas necesariamente lentas, ineficientes y corruptas. Como sucede en tantas otras áreas, el lugar de fortalecer los organismos de control y

modificar o agilizar aquellos trámites que puedan resultar innecesarios, estos proyectos traen como consecuencia la pérdida de control sobre las acciones del poder ejecutivo (por ejemplo, por medio de las instancias oficiales de monitoreo y contralor) y el descrédito de las formas de ejecución del gasto (mediante licitación pública) que pretenden al menos desde su concepción garantizar la transparencia (Filc, 1998).

El escaso presupuesto y/o la falta de conocimiento del mismo marcaron todas las gestiones del ProDIABA. En cuanto al desconocimiento y a la negociación constante, parece aquí suceder lo mismo que en otras áreas donde los presupuestos por programas (instaurados a partir de las políticas de saneamiento fiscal para aumentar la responsabilidad en el uso de los fondos públicos) ha encontrado serios déficit en su implementación efectiva (Repetto, 2001). La escasez de presupuesto, convertido en un rasgo estructural del sector público, no sólo provoca escasez de los recursos que se estimaron necesarios, sino que fomenta prácticas y relaciones que alimentan el caos presupuestario y los conflictos de interés. Para cubrir gastos que deberían estar previstos, se recurre a la negociación constante, a artilugios administrativos, e incluso a aceptar fondos de los propios proveedores.

Resta continuar indagando sobre este tipo de programas, su coexistencia y las formas de (des) articulación a nivel nacional, provincial y municipal.

Referencias:

- AZPIAZU D (1999): “La industria farmacéutica. Las estructuras oligopólicas frente a la desregulación y la apertura de la economía”. En: Azpiazu, Daniel (comp.). La desregulación de los mercados. Paradigmas e inequidades de las políticas del neoliberalismo. Buenos Aires: Grupo Editorial NORMA/FLACSO.
- BENETT S, QUICK JD y VELAZQUEZ G (1997), Funciones públicas y privadas en el sector farmacéutico: Consecuencias para el acceso equitativo y el uso racional de los medicamentos – OMS/DAP - Serie “Economía de la salud y medicamentos”, No. 5.
- BISANG R y MACEIRA D (1999). Medicamentos: Apuntes para una Propuesta de Política Integral, LITTEC-Universidad Nacional General Sarmiento, Argentina.
- BRAMUGLIA C y GODIO C (2005). La insulina en la Argentina. Un análisis sectorial. Instituto de Investigaciones Gino Germani - Facultad de Ciencias Sociales - Universidad de Buenos Aires, Documento de Trabajo nº 43.
- CILFA (2006). The Pharmaceutical and Active Pharmaceutical Ingredient (API's) Industry in Argentina”, CPHI, París, Octubre de 2006.

- DÍAZ C (1998). El ciclo de las políticas públicas locales. Notas para su abordaje y reconstrucción, en: Venecia JC (coord.), Políticas Públicas y desarrollo local, Rosario: FLACSO-Fundación Instituto de Desarrollo Regional.
- DOMENECH MI (2004). Programa de prevención de diabetes de la Provincia de Buenos Aires, *Boletín PROAPS-REMEDIAR* Año 2 - N° 9 - Abril 2004.
- FILC J (1998). “El proceso de privatización y sus manifestaciones en el discurso estatal: el caso de la provincia de Buenos Aires”, ponencia presentada en: 3ra Jornadas Internacionales - Estado y Sociedad: La reconstrucción de la esfera pública. Centro de Estudios Avanzados (CEA - Universidad de Buenos Aires -UBA). Ponencias publicadas por el Equipo NAYA.
- GAGLIARDINO JJ, OLIVERA EM, ETCHEGOYEN G, GONZALEZ C, GUIDI ML (2000). Evaluación y costos del proceso de atención de pacientes diabéticos, *Rev Medicina* (Buenos Aires) 2000;60: 880-888.
- GOGNA M (Coord.) (2004). Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile. Oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva. 1º ed. Buenos Aires: CEDES, 2004. Págs. 37 a 61.
- GONZALEZ GARCÍA G, DE LA PUENTE C, TARRAGONA S. (2005) Medicamentos, Salud, Política y Economía, ISALUD, Buenos Aires.
- IRIART C, LEONE, F, TESTA M (1995). “Las políticas de salud en el marco del ajuste”, Cuadernos Médico Sociales N° 75, Rosario, Argentina.
- LAURELL AC (1994). La salud: de derecho social a mercancía. En: Laurell AC. coord. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México: Fundación, Friedrich Ebert/UAM-X: 9-31.
- MACEIRA D, APELLA I y BARBIERI E (2005), Necesidades, focalización y aprendizaje en el Programa Remediar, Serie Seminarios Salud y Política Pública, N° II, CEDES, Buenos Aires, Argentina.
- MENÉNDEZ EL (1990). Morir de alcohol. México: Ediciones de la Casa Chata (Cap 3 y 4).
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires / UNDP Argentina Proyecto ARG/00/45 (2005). Mejor salud pública a menor costo. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Dirección General de Administración (2007), “Logística de insumos”, *Revista Abastecimiento & Salud* Febrero 2007; Año 2 N° 3.
- REPETTO F (Coord.) (2001). Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino; Documento de Trabajo n° 55, CEDI/Fundación Grupo Sophia, Buenos Aires.
- ROVIRA J (2005). Innovación con competencia y acceso a medicamentos, *mimeo*. Ponencia presentada en el Encuentro Internacional sobre los avances científicos y regulatorios en materia de bioequivalencia, calidad y políticas de competencia en el mercado de medicamentos, realizado los días 1 y 2 de septiembre de 2005, Bogotá DC, Colombia.
- TOBAR F (2002). Acceso a medicamentos en Argentina: Diagnósticos y alternativas, Fundación ISALUD, Buenos Aires, Argentina.